

ソーシャルワーカーと退院調整看護師間の
コンフリクトに関する研究
——退院支援担当者へのアンケート調査から——

佐 藤 奈津子

ソーシャルワーカーと退院調整看護師間の コンフリクトに関する研究

～退院支援担当者へのアンケート調査から～

A Study on the Conflict between a Social Worker and a Discharge Support Nurse:

From the Questionnaire Survey to the Staff Members of Discharge Support

佐 藤 奈津子

1. 研究の背景

我が国では、高齢化により高騰する医療費負担への対策として医療機関の機能分化が進み、患者は病状や必要な医療・リハビリテーション・介護に応じ、療養の場を移行するようシステム化されてきた。急性期医療を担う一般病院では、在院日数の短縮化、効率的な病床利用のため、治療終了と同時に患者が然るべき療養の場に移行することが望まれるようになった。患者と、患者を取り巻く関係者と共に生活の再構築を考えることが、治療と併せて病院に求められる重要な役割となった。

では、わが国では、患者の生活の再構築に対して、病院職員の誰がどのように相談対応するべきと考えられているのだろうか。

1989年厚生省より発表され、2002年に改定された「医療ソーシャルワーカー業務指針」では、退院後の療養に関する相談は「退院援助」として医療ソーシャルワーカーの業務に位置づけられている。ただし、全ての病院に医療ソーシャルワーカーが配置されているものではなく、未配置の病院においては主に病棟婦長（師長）や、看護師による看護相談室などが役割を担ってきたと推察される。

従来、診療報酬点数表には退院支援に関する項目はなく、病院職員の誰が実践しても構わない半面、実践しても病院の収益にもならない業務の一つであった。ところが2008年4月の診療報酬改定においてはじめて、病院が行う退院支援に算定できる項目が誕生した。「退院調整加算」である。

一般病床では75歳以上の患者の退院に際して、1回限り100点の「後期高齢者退院調整加算」を算定できるようになった。施設基準では、「入院患者の退院に係る調整に関する部門が設置されていること」、「退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上いること」と定められた。退院調整部門の設置が義務付けられ、あわせて退院支援を担う職種として「看護師」と「社会福祉士」が並列で定められたのである。

2010年4月の診療報酬改定では、「急性期病棟等退院調整加算」が新設され、対象者が「65歳以上及び40歳以上の介護保険法施行令に規定する16疾病を有する患者」に拡大されるとともに、施設基準により140点の「急性期病棟等退院調整加算1」と、100点の「急性期病棟等退院調整加算2」に差別化が図ら

れた。「急性期病棟等退院調整加算1」の点数の方が高く設定された理由は、「急性期病棟等退院調整加算2」では従来通りいずれかの職種の「1名以上配置」であるのに対し、「急性期病棟等退院調整加算1」では2職種の配置が定められている点にある。

ソーシャルワーカー（以下SWと略す）にしろ看護師にしろ、1職種が中心的にその役割を担ってきた退院支援の領域に、診療報酬上2職種協働の路線が出てきたのである。ところが、診療報酬では2職種の役割分担・連携・協働の方法までは言及されていない。

2職種が同列で列記されたことに対して上山崎は、「これは解釈の仕方によっては、看護師でも社会福祉士でもどちらでもよいし、どちらでも同じような業務を行うと受け取る事ができる」（上山崎2010：77）と述べている。さらに、「もともとの視点の違い、アプローチや援助技術、支援方法の相違があることは事実であり、また当然のことであるが、これが、2つの職種が同じ業務をするにあたっての困難な状況を生み出すことにつながっている」（上山崎2010：77）と、2職種間に起きるフレームワークのコンフリクトの可能性を指摘している。

一方で田中は、「同じ『生活』をとらえるのでも、『療養生活』と『社会生活』というように、基盤となる生活の捉え方と内容が異なっている」（田中2008：16）と、2職種のフレームワークの差異により、「逆のベクトルの方向性で相補的に連携をとる必要がある」（田中2008：16）と、相補的連携の有効性について述べている。田中が相補性として述べる2職種協働の形は、良質で円滑な連携事例として幾つかの実践例が示されている（松下2008：86-159、宇都宮2011：42-122）。しかしながら、生命、疾病から出発し、人としての患者とその社会生活へ拡大する看護師と、社会生活に焦点を当て疾病をその一要素とするSWとでは、対象者の捉え方、思考、価

値観に自ずと差異が生じ、このフレームワークの相違が、実際の支援での関わり方（支援方法）への差異に発展していく可能性は否定できない。

上山崎は、退院支援における研究の展望について、「退院調整看護師の存在を見過ごすわけにはいかず、看護師との連携をいかにしているのか、そして、その中での葛藤や課題、あるいは連携の有用性はどのようなことか、といった研究を進めていく必要である」（上山崎2010.78）と、「葛藤や課題」にも焦点を当てている。退院支援の特色である「一業務を2職種が担う」ことにおいて、専門職が持つフレームワークが衝突・対立した場合、もしくは衝突・対立という顕著な状態まで至らなくても、2職種間で何らかの調整が図られない場合には、専門職間のコンフリクトが予想される。

2. 研究目的と意義

北海道内の医療機関を対象として、退院支援の実際と、退院支援担当者が抱くコンフリクトの実態と要因を明らかにすることを目的とした。

退院調整加算の誕生により、専門性が異なる2職種が同一業務を担うという、従来の縦割りの病院組織では見られない状況が生み出された。国の政策に変化がない限り、今後は益々2職種が並存して退院支援に当たる場面は増えていくであろうことや、高い算定を目指して2職種配置が進むであろうことが考えられる。

1職種配置より2職種配置の点数を高く設定した意が、2職種間の差異を強調し、2職種の異なる機能の相乗作用を期待しているのであれば、退院支援システムの中で2職種間には何らかの調整や連携が必要であろう。複数職種が一つの機能を担うことで最大限の効果を発揮するための答えを現場の実践者が持ち得ていないとするならば、その混乱がクラ

イベントの不利益を招かないよう、早期に可能性、プラス面、マイナス面を明らかにしておくことには意義があると考える。

3. 研究方法

北海道厚生局「届出受理医療機関名簿」(2011年5月9日作成)に基づき、一般病床で「急性期病棟等退院調整加算」を届け出ている医療機関へアンケート調査を実施した。比較検討のため、1職種配置である「急性期病棟等退院調整加算2」届出病院の担当者も調査対象とした。本稿では一般病院の退院支援を研究対象としているため、精神科、心療内科を主に標榜している医療機関は除外した。「急性期病棟等退院調整加算1」では88機関、合計176名を、「急性期病棟等退院調整加算2」では61機関、61名を調査対象とした。

郵送による自記式調査を行った。「急性期病棟等退院調整加算1」には、2名分の調査票と返信用封筒を送付し、各職種から任意で1名ずつ記載の後、各自返信用封筒で返送するよう依頼した。「急性期病棟等退院調整加算2」では、1名分の調査票と返信用封筒を送付し、任意の1名に記載を依頼した。2011年6月3日にアンケート用紙を発送し、2011年7月11日まで回収した。

「急性期病棟等退院調整加算1」の調査対象に対し、個人別に返信用封筒を用意し、また、無記名の調査であることから、機関数は集計対象外である。

調査内容は、「回答者の属性について」、「所属機関について」、「退院調整加算について」、「退院支援部門について」、「2職種の相違について」、「自由記述」の6領域を設定した。

ここでは、研究テーマである「コンフリクト」を「見解・判断の相違」と置き換えて使用している。本稿ではコンフリクトを、「人・集団・組織・社会・制度の間に生じる、対立、葛藤、衝突、板ばさみ、不一致、食い違い」

という幅広い定義で用いているが、調査では専門職が他職種との差異を自覚し易いような言葉として「見解・判断の相違」を用いた。

倫理的配慮として、無記名の調査とし、個人が特定されないこと、結果は調査研究目的以外には使用しないことを明記した。

記述式の回答の分析方法では、記述の意味の類似性と差異性に着目し分類した。

4. 結果

調査報告の報告では、「急性期病棟等退院調整加算1」は「加算1」、「急性期病棟等退院調整加算2」は「加算2」、「看護師」は「Ns」と略す。

退院支援部門の設置形態では、「多職種から構成される独立した総合部門として退院支援部門を設置している（地域連携室を含む）」は「総合部門」、「SW部門（相談室）を退院支援部門としている」は「SW部門」、「SW部門と看護部門それぞれに退院支援部門を設置している」は「それぞれ」、「看護部内に退院支援部門を設置している」は「看護部門」と略す。

(1) 回収結果

調査対象者数237名に対し104名の回答を得た。うち、「加算1」は68名、「加算2」は33名、無効回答は3名であった。有効回収率は、「加算1」では38.6%、「加算2」では54.1%、全体では42.6%であった。

職種別の割合は、「加算1」では、SWが43名(63.2%)、Nsが25名(36.8%)であった。「加算2」では、SWが29名(87.9%)、Nsが4名(12.1%)であった。(表1)

表1：回答者数

区分	加算1 (人、%)	加算2 (人、%)	合計
SW	43(63.2)	29(87.9)	72(71.3)
Ns	25(36.8)	4(12.1)	29(28.7)
合計	68(100.0)	33(100.0)	101(100.0)

(2) 回答者の属性

①勤務年数

101名全員から回答を得た。「加算1」では、SWの最短は0.1年、最長は30.0年、平均は6.9年であった。Nsの最短は0.5年、最長は38.3年、平均は16.9年であった。「加算2」では、SWの最短は1.0年、最長は32.1年、平均は7.8年であった。Nsの最短は3.3年、最長は21.2年、平均は11.8年であった。

加算・部門別の平均では、「加算1」の「総合部門」のSWは6.7年、Nsは28.3年であった。「SW部門」のSWは6.0年、Nsは18.6年であった。「加算2」の「総合部門」のSWは3.4年、Nsは13.5年であった。「SW部門」のSWは8.3年であった。「SW部門」のNsからの回答はなかった。(表2)

表2：加算・部門別の勤務平均年数

部門種別	職種	加算1(年)	加算2(年)
総合部門	SW	6.7	3.4
	Ns	28.3	13.5
SW部門	SW	6.0	8.3
	Ns	18.6	—

②退院支援の経験年数

101名全員から回答を得た。「加算1」では、SWの最短は0.1年、最長は30.0年、平均は8.1年であった。Nsの最短は0.6年、最長は13.3年、平均は4.4年であった。「加算2」では、SWの最短は1.1年、最長は32.1年、平均は7.9年であった。Nsの最短は0.2年、最長は6.6年、平均は3.2年であった。

加算・部門別の平均では、「加算1」の「総合部門」のSWは14.2年、Nsは6.7年であった。「SW部門」のSWは6.5年、Nsは18.6年であった。「加算2」の「総合部門」のSWは3.1年、Nsは1.6年であった。「SW部門」のSWは8.5年であった。(表3)

表3：加算・部門別の退院支援経験平均年数

部門種別	職種	加算1(年)	加算2(年)
総合部門	SW	14.2	3.1
	Ns	6.7	1.6
SW部門	SW	6.5	8.5
	Ns	18.6	—

(3) 所属機関について

①病院種別

100名から回答を得た。「特定機能病院」は、「加算1」では8機関(11.8%)、「加算2」に「特定機能病院」はなかった。「地域支援病院」は、「加算1」では6機関(8.8%)、「加算2」では1機関(3.3%)。「一般病院」は、「加算1」では53機関(77.9%)、「加算2」では32機関(96.7%)であった。

②病床数

99名から回答を得た。「加算1」では、最多は936床、最少は36床、平均は362床であった。「加算2」では、最多は563床、最少は24床、平均は180床であった。

③平均在院日数

91名から回答を得た。「加算1」では、最長は25.3日、最短は12日、平均は16.13日であった。「加算2」では、最長は35.0日、最短は6.3日、平均は17.86日であった。

(4) 退院支援部門について

①設置形態

101名全員から回答を得た。「加算1」では、「総合部門」が39名(57.4%)、「SW部門」が19名(28.0%)、「それぞれ」が7名(10.3%)、「看護部門」が1名(1.4%)、「その他」が2名(2.9%)であった。「加算2」では、「SW部門」が26名(78.8%)、「総合部門」が6名(18.2%)、「看護部門」が1名(3.0%)であった。

②設置年代

96名から回答を得た。「加算1」では、最も古いものは1986年、最も新しいものは2011年、平均値は2006.6年であった。「加算2」では、最も古いものは1988年、最も新しいものは2011年、平均値は2001.7年であった。

加算・部門別の平均では、「加算1」の「総合部門」は2007.7年、「SW部門」は2002.7年であった。「加算2」の「総合部門」は2006.8年、「SW部門」は2000.2年であった。

③職員構成

91名から回答を得た。上位3職種は、「加算1」では、SWが174名(51.9%)、Nsが109名(32.5%)、事務が32.5名(9.7%)であった。「加算2」では、SWが79名(91.0%)、Nsが5名(5.8%)、ケアマネジャーが1.8名(2.1%)であった。

2職種の専任・兼任の別を示す。「加算1」のSWでは、専任職員が154名(88.5%)、兼任職員が20名(11.5%)であった。Nsでは、専任職員が78名(71.6%)、兼任職員が31名(28.4%)であった。「加算2」のSWでは、専任職員が64名(81.0%)、兼任職員が15名(19.0%)であった。Nsでは、専任職員が2名(40.0%)、兼任職員が3名(60.0%)であった。

加算・部門別の内訳を示す。上位3職種は、「加算1」の「総合部門」では、Nsが83名(39.8%)、SWが80名(38.4%)、事務が29.5名(14.1%)であった。「SW部門」では、SWが61名(79.2%)、Nsが13名(16.9%)、事務が1名(1.3%)であった。「加算2」の「総合部門」では、SWが11名(68.8%)、Nsが4名(25.0%)、事務が1名(6.2%)であった。「SW部門」では、SWが67名(96.0%)、ケアマネジャーが1.8名(2.6%)、Nsが1名(1.4%)であった。

④実務上の管理者

101名全員から回答を得た。上位2職種は、

「加算1」では、SWが27名(39.7%)、Nsが26名(38.2%)。「加算2」では、SWが25名(75.8%)、Nsが4名(12.0%)であった。

加算・部門別の結果を示す。「加算1」の「総合部門」では、Nsが21名(53.8%)、SWが7名(17.9%)、「SW部門」では、SWが15名(79.0%)、Ns、事務がいずれも2名(10.5%)であった。「加算2」の「総合部門」では、SWが3名(50.0%)、Nsが2名(33.3%)、SW部門では、SWが22名(84.6%)、ケアマネジャーが2名(7.7%)であった。

(5) 退院調整加算について

①施設基準届出職種

92名から回答を得た。「加算1」では、107名の「専従」¹⁾の届け出があり、うちSWは72名(67.3%)、Nsは35名(32.7%)であった。「専任」では55名の届け出があり、うちSWは18名(32.7%)、Nsは37名(67.3%)であった。「加算2」では、46名の「専従」の届け出があり、うちSWは43名(93.5%)、Nsは3名(6.5%)であった。「専任」では6名の届出があり、うちSWは5名(83.3%)、Nsは1名(16.7%)であった。

専従職員数の加算・部門別の内訳は、「加算1」の「総合部門」ではSWが36名(58.1%)、Nsが26名(41.9%)であった。「加算1」の「SW部門」では、SWが27名(77.1%)、Nsが8名(22.9%)であった。「加算2」の「総合部門」では、SWが6名(66.7%)、Nsが3名(33.3%)であった。「加算2」の「SW部門」では、SWが36名(100.0%)であった。(表4)

表4：加算・部門・職種別の専従職員

部門種別	職種	加算1 (人／%)	加算2 (人／%)
総合部門	SW	36(58.1)	6(66.7)
	Ns	26(41.9)	3(33.3)
SW部門	SW	27(77.1)	36(100.0)
	Ns	8(22.9)	-

②2010年度の算定実績

94名から回答を得た。「加算1」では、「SWのみが算定した」は33名（48.5%）、「SWとNsの両方が算定した」は16名（23.5%）、「Nsのみが算定した」は3名（4.4%）、「算定したが職種別の内訳は不明」は10名（14.7%）、「いずれの職種も算定しなかった」は2名（2.9%）であった。総算定件数7,078件のうち、SWは5,246件（74.1%）、Nsは1,832件（25.9%）であった。「加算2」では、「SWのみが算定した」は24名（72.7%）、「Nsのみが算定した」は3名（9.1%）であった。「算定しなかった」は3名（9.1%）であった。総算定件数2,481件のうち、SWは1,748件（70.5%）、Nsは733件（29.5%）であった。

（6）退院支援システムについて

①退院支援対象者のピックアップ方法

算定においては、「退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されている」（診療点数早見表2010：758）ことが義務付けられている。そこで、代表的なピックアップ方法として、「スクリーニングシートを用いている【スクリーニング】」、「主治医からの依頼【主治医】」、「患者・家族からの相談内容より担当者が判断【患者家族】」、「病棟のカンファレンスに参加して得られた情報から担当者が判断【カンファレンス】」、「定期的に病棟をラウンドして得た情報から担当者が判断【ラウンド】」、「その他【他】自由記載」の6項目から、選択式で「主たる方法」と「併用する方法」に当てはまるもの全ての回答を求めた。

「加算1」では、68名から回答を得た。ピックアップ方法の組合せ数では、回答が多い順に、4項目の組合せが20名（29.4%）、3項目が19名（27.9%）、5項目が16名（23.5%）、2項目が7名（10.3%）、6項目、1項目がいずれも3名（4.4%）であった。組合せ項

目数の平均は、「3.71」項目であった。「主たる方法」の選択では、選択がなかったものが16名、2つ選択したものが4名であった。選択がなかった16名を除く52名の回答を見ると、回答の多い順に、「スクリーニング」が20件（35.7%）、「主治医」が16件（28.6%）、「ラウンド」が6件（10.7%）、「カンファレンス」が5件（8.9%）、「患者家族」が3件（5.4%）、「他」が6件（10.7%）であった。

「加算2」では、33名から回答を得た。4項目の組合せが10名（30.3%）、5項目が8名（24.2%）、1項目が7名（21.2%）、3項目が5名（15.2%）、2項目3名（9.1%）であった6項目の組み合わせのものはなかった。組合せ項目数の平均は、「3.27」項目であった。「主たる方法」の選択では、選択がなかったものが10名、2つ選択したものが3名であった。選択がなかった10名を除く23名の回答を見ると、回答の多い順に、「スクリーニング」が9件（34.6%）、「主治医」が5件（19.2%）、「カンファレンス」「ラウンド」がいずれも4件（15.4%）、「患者家族」「他」がいずれも2件（7.7%）であった。

②その後の退院支援の流れ

「退院支援対象者をピックアップした後の退院支援の流れについて」の記述を求め、95名から回答を得た。「加算1」を届け出ているSWは、退院支援計画立案と院内調整の流れについて、「①病状が安定した段階で医師、看護師、MSW等でスクリーニングを実施し退院支援計画を作成するかMSWが主治医と相談。②MSWが患者家族と面接実施し意向確認。③病棟、リハ科、MSWと調整を相談しカンファレンス実施。関係スタッフと計画書を作成し主治医にサインをもらう。④MSWが患者家族と面接実施。計画書に則った支援の展開の説明と合意を得た上でサインをもらう。⑤病状をみながら退院支援計画を実行し変化に応じて③④をくり返し退院計画

書を変更する。その際、面接を必要時行っていく、本人家族の意向や心理面、介護力等評価し支援の方法やスタッフ調整を行っていく」²⁾と記述している。スクリーニングによる対象者ピックアップから始まり、SWが医師、看護師、コメディカルスタッフと相談・協働しながら退院支援計画を作成し、患者・家族に提示する流れについて述べていた。一度作成された計画は変更可能であり、アセスメント・プランニングをくり返し実行しながら退院支援が遂行されている。これはSWの記述であるが、「MSW」を「退院調整看護師」と読み替えることもできる。

退院支援担当者が退院支援計画を作成するに当たり、関係者からの情報収集が必須である。情報源として、院内のスタッフ、地域の担当ケアマネジャー等の関係者、「診療録」「電子カルテ」を初めとする記録物があげられている。院内における情報交換の場として欠かせないものに、「カンファレンス」があげられる。定期的もしくは必要時、医師、病棟看護師、リハビリスタッフ、退院支援担当者等のメンバーで実施される他、退院支援部門内でも開かれている。「インフォームド・コンセント (IC)」は、情報収集、医師の方針確認を目的として、支援の初期段階においてSW、看護師いずれにも記述されているが、SWの記述では、「IC 同席後インテーク」「IC への同席、本人・家族との面接」のように、「同席」や面接への連動が特徴的である。SW、看護師ともに最も多くの退院支援担当者が記述したプロセスは「面接」である。担当者により面接時期の位置づけには前後が見られるものの、2職種ともに、院内で一定の方針をすり合わせた後に患者・家族双方と面接している。「アセスメント」も2職種共に数多く見られた。看護師では、「スクリーニング内容から判断した場合、受け持ちNs、病棟退院調整リンクナースに詳しいアセスメントを依頼し、カンファレンスの日時をきめ調整す

る」と、病棟看護師にアセスメントを求める姿が特徴的であった。

具体的な調整内容、調整の手続きに関する記述も多く見られた。高齢者の場合は介護保険制度を活用する事例が多く、ケアマネジャーとの連携を評価する介護支援連携指導料算定も含めた調整が図られている。連携する職種にはケアマネジャーの他、「訪問看護師」があげられている。自宅退院が難しい状況では、「亜急性期・回復期・特殊疾患」病棟や施設が利用される。こうしてある一定の社会資源、療養の場を調整して支援が終結となる。

退院支援部門内で2職種が協働する場面に関する記述は少なかった。「地域医療室担当者 (MSW、Ns) が週に1度病棟カンファレンスに出席しながら一緒に支援を行っている」(Ns) では、カンファレンスに2職種が参加し、何らかの交流を持っている様子が見られるが、この記述からは「一緒に支援」の内容が漠然としている。1人の患者に2職種が同時に関わっているケースがあることが推察できる記述は、「介入になった場合、途中でSW・Nsと一緒に関わってもらう方がよい、若しくは交代した方がよいと判断されるケースについては、適宜相談」(SW) という記述のみであった。

③ SW と退院調整看護師との役割分担

「加算1」を届け出ている担当者に対して、「退院支援システムにおいて、SWと退院調整看護師は各々どのような役割を担っているか」の記述を求め、62名から回答を得た。

「同じ役割」と回答したものは5名であった。「SWが担当する」は、2職種を届け出ているながらも、実際の退院支援はSWのみが行っていると述べたもので、記述した12名は全てSWであった。

「担当を決める一定のルール」と回答したものは25名であった。2職種がケース担当制を敷く上での振り分けのルールについて記述

していた。

振り分けのルールの内容で最も多かったものは、「Ns：医療依存度の高いケースの転退院調整および在宅処置指導（IVH など）。MSW：病状が安定しているケースの転退院調整および経済的相談、社会資源活用の相談」（SW）のように、医療依存度が高く、何らかの医療処置が継続する場合は看護師が担当し、病状が安定した患者、もしくは社会資源の活用や経済的問題が予測される場合はSWが担当するというルールである。このように患者が持つ「問題特性」に応じて2職種が担当を振り分けるルールは、「SW：転院、施設入所。経済的問題への対応。制度説明。医療的サービスを必要としない自宅退院方向の患者。看護師：医療的サービスを必要とする自宅退院方向の患者。医療のシンプルケア調整。訪問看護との看一着連携。」（Ns）のような、退院後に活用が予測される在宅サービスの種類により担当職種を決定するルールにもつながっている。

同様に、「基本はSWが転院・施設の調整を、退院調整看護師は自宅退院調整。ケアマネとの連絡調整を行っている」（SW）のような、退院先として予測される療養の場に応じて担当職種を決定するルールにも共通した考え方が流れている。本来最も医療が継続すべき「転院」を看護師ではなくSWが担当する意は、SWが持つ固有な地域社会資源のネットワーク力によるものと推察できる。また、明らかな医療処置がなくても、自宅へ退院した患者の健康管理や病状変化への対応を、看護指導、継続看護と位置付ける看護師側の考え方と一致したものであろう。

このように担当制では一定のルールを持ってはいるが、それらは固定的、確定的なものではなく、幾つかの回答で「基本的に」「どちらかというと」「明確ではないが」「きっちり分けている訳ではないのでケースバイケース」といわれているように、あくまで大枠の

原則であり流動的である様子が見られた。

「問題領域による役割分担」と回答したものは17名であった。ケース担当制なのか、2職種が何らかの形で同時に1ケースに関わっているのかは判然としないが、問題領域による役割分担について記述していた。「退院調整看護師は医療的な側面を重視し、支援をしています」（SW）、「SWは、医療的な側面だけではなく社会的な側面からのアプローチが必要だと思います」（SW）の記述からは、「問題特性」に応じた役割分担のルールとの共通点を見出すことができる。

「問題特性」や「問題領域」における棲み分けをとりつつも、「②その後の退院支援の流れ」では数が少なかった2職種協働の記述が、「加算1」の担当者から幾つか見ることができた。2職種が互いに交流している様子については、「患者・家族との面談はSWが担当しているが、医療的なこと、病状の経過、必要なサポートなど看護師の目から見て必要と思われることを相談したりアドバイスしてもらったりしている」（SW）、「時々、ずっと持っているケースに関する転院相談をする時があります（相談先病院についてはSWに確認してくれます）」（SW）などの記述が見られた。ほかには、「SWやNsの考えを擦り合せてEnt計画を立てている」（SW）、「ケースを担当1人が抱え込むのではなく相談や支援記録は共有しそれぞれの職種の立場で支援の方向性を検討している」（Ns）のように、2職種間の「方向性」「方針」一致を強く打ち出している記述も見られた。

（7）専門性、2職種の相違について

①専門性が発揮される側面

ここでは、「退院支援事例において、回答者自身の専門性が最も発揮されるのはどのような側面か」について記述を求め、91名から回答を得た。「自己決定。家族全体にわたる課題を整理。ニーズとサービスのマッチング。

生活、人と家族のアセスメント。対処能力と対処行動の把握、支援。社会資源の活用」という記述には、SWの専門性がコンパクトに表現されている。SWの専門的価値観（自己決定）、クライアントを含めた家族全体と生活へのアセスメントと、そこから生まれるニーズと社会資源のマッチング、コーピングスキルへの着目と行動変容への関わり姿勢が読みとれる。

「家族」、「社会資源」の他に数多く見られたキーワードは、「ネットワーク・連携・調整」、「面接」である。

多くのSWは、「患者・家族の社会生活の視点に重きを置き支援をすすめること」のように、「患者・家族」というユニットとして登場させている。「患者の今の病気だけでなく、生育の歴史や家族間の関係、思い、考え方を統合的に多角的にみていこうと意識しながら支援にのぞんでいます」のように、ユニットの過去の生活歴、メンバー間の関係性、心理面の情報が有用であり、「本人・家族の能力と思いを引き出す」のように、希望・能力・コーピングスキルがアセスメントの対象となっている。SWの視野の範囲は「患者・家族のユニット」から、さらには「地域での生活をするという社会的な接点を考える点」のように「地域」「社会」まで広がっている。

「社会資源」では、「フォーマル・インフォーマルを問わず」「多様な」「サービスの実際を知っていること」や「情報量」が多いことが述べられている。多様な情報は面接を通じてクライアントへ情報提供されるが、その際SWは、「適切な情報提供」を選択的にを行い、「被支援者の立場に合わせて説明」し、「患者や家族の生活状況や価値観を重視して全体的な視点」で「コーディネート」している。そして、既存の「社会資源」を活用するに留まらず「社会資源開発」の役割も担っている。

「ネットワーク・連携・調整」では、院内の他職種、院外の手機関・専門職との間に築

いた「ネットワーク」を活用し、「外部との連絡調整」を図るSWの姿について述べられている。SWは「外部の支援者たちと常日頃かかわっているので、連携や話し合いの場が多く持てる」ため、「他職種との連携、院外との調整等を多々要する事例にて、情報の共有や認識の共有等をはかる際に調整役」として機能している。

相談の手段である「面接」をSWの専門性にあげている記述も見られた。SWは「面接技術、コミュニケーションスキルを活かした早期のクライアントとの信頼関係の構築」をはじめ、「表出されていない潜在するニーズの掘り起こし」や「患者・家族の思いを受け止める」「傾聴が必要なクライアントへの対応」を行っている。

以上のキーワードによる分類のほかには、SWが関わるケースの問題特性について述べている記述が見られた。「経済的問題」では、「制度」で述べられていたような「社会保障制度」の活用が重要になる。また、「家族背景が複雑」「生活保護・独居・身寄りなし・認知症あり」「元やぐざで家族と絶縁しお金もない」など、いわゆる「困難ケース」と呼ばれる複合的問題を内包したケースではSWの専門性が発揮されると述べられていた。

看護師の支援対象は、「医療面での支援が必要」な患者や「ターミナル期」の患者である。「フィジカルアセスメント」により、「病状」「病態」「ADL」を把握し、「予測される病状の変化」に基き支援を提供している。

退院後の療養の場に関しては、3分の1の看護師が「在宅支援」「在宅医療」と退院先を「在宅」に限定していた。患者・家族に対しては、「在宅に戻った場合を具体的にイメージできるので助言できる」のように、看護・介護に関する助言、情報提供、家族指導を行っている。同時に、病棟看護師に対しても、「入院時からの家族指導への助言、介入」というように指導的役割を果たしている。

共に在宅支援を行う院外の関係職種では、ケアマネジャーを予測させる「ケアプラン」という記述や、「関係機関」という記述も数名見られたが、多くは同じ看護職が挙げられていた。「訪問看護ステーション」「保健師」に対して、「看看連携による継続看護の実施」を実現している。

サービス決定に際しては、患者の自己決定や意思決定を尊重したものとして、「転院・退院をせまられる患者・家族の治療経過をふまえた自己決定支援ができる」や「重症度が高い人への対応や患者自身の意志を尊重できるようなコミュニケーションを通じて、意向を実現していく事」という記述が見られた。

②苦手と感じる側面

「①専門性が発揮される側面」とは反対に、「退院支援事例において、回答者が苦手と感じるのはどのような側面か」の記述を求め、87名から回答を得た。SWでは、「特になし」という7名を除き、多くのSWは「医療」に関する知識不足をあげ、「病状が不安定」「ターミナル期」「複数の診療科にかかっている」状態の患者に関して苦手と述べている。「疾患が、どの様な経過をとおり、最終的にどうなるのか、その間どの様な症状を呈するのか」の「疾患理解」や、「自宅に帰ってからどのようなトラブルが起きるかを予想しづらく」の「病状変化の予測」、特に自宅退院の患者については、「医療処置」「在宅に持ち帰る医療材料」「薬剤」などの知識不足により、「訪問看護師やケアマネジャー」から「詳細な説明を求められる」場面や「情報提供や調整」で苦労を感じている。クライアントへの対応においても、「病状理解のサポート」「介護の先を見越した援助」「患者・家族への医療的な相談対応」に不十分さを感じている姿が見られた。そして、「医療的な部分の確認を何度も」行う、「在宅に持ち帰る医療材料の準備、必要な医療行為などを病棟Ns

がまとめきれていない時に、まとめるよう働きかける」などにより、知識不足を解消しようと努力している。

「医療」に関連しないものでは、「困難事例」「役割期待」「ニーズとのマッチング」におけるジレンマに関する記述が見られた。

「困難事例」では、「家族構成が複雑だったり経済面で難しい場合の本人・家族との関わり」「家族と本人の意見が一致しないケース。本人や家族の在宅イメージが現実より大きくズレている場合」「未収金のある患者への対応。クレームへの対応。外国人への対応」のように、本来はSWの専門性が発揮されるべき側面で感じているジレンマについて記述されていた。

「役割期待」では、「急性期病院という立場から考えると、在院日数などを頭に置きながら支援をすすめなければならない点」があり、「退院の期限と退院目標達成を一致させること」がSWに求められている。役割期待が前面に押し出されると、「早期に退院を図らねばいけない場合などは、患者・家族の状況や思いが見えにくくなると思うので気をつけている」や、「ベッド稼働に余裕があるときはいいのですが、ベッドが混んでいる時は、患者・家族の都合も配慮できないことがあるので、板挟みになります」という記述に見られるように、担当者はジレンマを生じさせていた。退院支援時間の保障に対して院内スタッフがどの程度理解を示すかという問題は、SWが提供する退院支援のプロセスに影響を与えており、「多数スタッフがいる看護部の意見に押され、プレッシャーを感じて、支援対象者の課題があいまいなまま居宅に引き渡すことがあり、退院支援理解のないスタッフに協力を求めることが最も苦慮する」という記述も見られた。

看護師では、「特に苦手と感じることはない」と記述したもの1名を除き、ほとんどが「社会資源・制度」もしくは「他施設・他院

との調整」に関する側面をあげていた。

看護師は、「医療費（各種保険）など経済的問題」「障害年金」「身障、労災等の制度」「障害関連（身体、知的、精神）」「療養中の就業等社会的問題」「税金」「法律、行政」の知識不足や苦手意識を感じており、「MSW」や「役所の方に」相談することで解消を図っている。「転院の調整、老健なのか、療養がいいのか」「在宅や、施設入所についての充分な情報提供やアドバイスが出来ない。家族との面談」という苦手意識は、調整自体に困難を感じているというよりも、社会資源の知識が不足しているために判断や情報提供が出来ない様子を語っている。

③ 1 職種による退院支援と、2 職種による退院支援の相違

「加算 1」を届け出ている担当者に対して、「『いずれか 1 職種が退院支援を行なうこと』と『2 職種で退院支援を行なうこと』の相違」について尋ねた。「違いはある」「特にない」「その他」から選択した上で、その内容について記述を求めた。

43名の SW のうち、回答があったものは 39 名で、内訳は、「ある」と回答したものが 30 名（76.9%）、「ない」と回答したものが 7 名（17.9%）、「その他」と回答したものが 2 名（5.2%）であった。看護師は 25 名全員から回答があり、内訳は、「ある」と回答したものが 19 名（76.0%）、「ない」と回答したものが 4 名（16.0%）、「その他」と回答したものが 2 名（8.0%）であった。「ある」と回答のあった合計 49 名の記述を分析対象とする。

いずれの職種も 7 割以上が相違を感じており、そのほとんどは、「専門的視点が 2 つあれば両面からの支援が可能」（SW）、「総合的なアセスメントを充実させることにつながり今後についての選択肢にも幅が広がる。考え方の視野を広げ良い刺激になると思う」

（Ns）のように、2 職種による退院支援の

メリットについて記述していた。実際の協働について、「必要に応じて、同一ケースに同時に介入し、互いの専門性を発揮し合える」

（SW）、「当センターでは Ns と MSW が 1 つのケースをもつこともある」（Ns）というように、1 人の患者に対して 2 職種が関わっている記述も見られた。いずれの記述からも、2 職種による退院支援は、複数の視点から患者、疾患、問題を見ることにより総合的な支援が実現するという期待が推測できる。他方、ある看護師は「必要な場合に MSW と相談・協力はしているが、必ず両者が支援しなければならないとなると、患者様と 1 対 2 の面接になる場合もある」（Ns）と述べ、協働の方法に戸惑いを示していた。

2 職種の相補的役割について述べたものには、「お互いの専門性において苦手とを感じる側面を補いながらの支援が可能となる」（SW）、「2 職種がいることで、足りない知識や技術（ソーシャルワーカーであれば医学的な知識等）を補い合えるので、支援を行う際に、有益なことが多いと思います」（Ns）などが見られた。SW の立場からは、「特に総合病院では、麻薬や点滴などを持って帰ることが多いので、Ns が退院支援に関わってくれどと安心。退院支援に慣れていない病棟 Ns では、家に持ち帰る医療材料や工夫などについて、詰が甘いことが多々ある」（SW）と、病棟看護師では対応困難な側面を、退院調整看護師が「疾患管理など継続看護という視点で退院調整ができる」（SW）と実現している様子が述べられていた。同様に退院調整看護師からも、「1 職種でできないとは思わないが、疼痛観察や、ポート及び PTCD 管理等の医療ニーズが高く、且つターミナル期の退院支援については、在宅にも病院にも精通した看護師が間に入る方がスムーズと考える」（Ns）と、退院調整看護師が関わる効果について述べられていた。

その他の記述では、2 職種のアプローチの

相違について、看護師から、「Ns側は、ある程度ゴールを決めてからの支援、介入であることに對し、SWは方向性について、決めていくことの支援からなのは…という印象を現在持っている」(Ns)という記述も見られた。SWからは、「職種による違いか、個性によるものかは判断しかねるが、SWの方が患者の側面から、Nsの方が病院の側面から支援を行っている気がする」(SW)と述べられていた。この相違が、前述のような「専門性による相違」なのか、「職員としての個性」なのかの判別がつかないという点は興味深い。

「ケース担当制」の弊害について指摘するSWも見られた。「Nsが長く担当しているケースでは、途中で転院などのSWに交代する方がよいと思われるケースでも、中々交代しない。いったんNsが担当すると、SWが支援の際大切にしている家族関係への介入や自己決定(深いイミでの)などが、どこまで介入しているのか心配。しかし中々2職種でその後もずっと関わるという体制にならない」(SW)のように、2職種が配置されながらも、いずれかが担当することにより、もう一方の専門性が提供されない問題と、それに気づいていながら解消されないジレンマが見られた。

④見解・判断の相違について

「加算1」を届け出ている担当者に対して、「退院支援業務においてSWと退院調整看護師の間にある見解・判断の相違」について尋ねた。「ある」「ない」「その他」から選択した上で、「ある」と回答した人には、「見解・判断の相違の内容と、それらが生じる理由」について記述を求めた。

43名のSWのうち、回答があったものは41名で、内訳は、「ある」と回答したものが17名(41.5%)、「ない」と回答したものが15名(36.6%)、「その他」と回答したものが9名(21.9%)であった。看護師25名のうち、回答があったものは22名で、内訳は、「ある」と

と回答したものが7名(31.8%)、「ない」と回答したものが11名(50.0%)、「その他」と回答したものが4名(18.2%)であった。ここでは、「ある」と回答した24名のSWと看護師の記述を分析対象とする。

SWからは、「視点、見方」に関する記述が見られた。「治療上のアセスメントと生活面のアセスメントの違いがある。専門がちがうから」「医学的側面と、社会制度や資源の知識に差があるので、調整経過の見込みに違いが出る」(SW)という記述からは、専門職としてのフレームワークの相違が、支援プロセスの相違へ波及していることが認められた。

SWの中で、退院支援における「医療(治療)的側面がクローズアップされると、「医学的知識の不足」が強調されてくる様子について、「看護師は医学的な面に主眼をおいて対応すると思う。SWは生活面や家族関係などに着目しながら対応する。SWも患者の病状的なことも視野に入れるが、専門的な医学知識がない分、看護師ほどに医学的な面を深く考えられないと思う」(SW)と記述されていた。

他方、SWの専門性が持つ優位性に関する記述も見られた。「予後予測：SWは病態の把握にやや甘さを生じることあり。社会資源の活用の幅：NsはSWのような人脈ネットワークが乏しいのでインフォーマルなサービス利用のイメージもちにくい。一般的なサービスのみで在宅生活をイメージしている」

(SW)では、SWが社会資源に対する幅広い枠組みを持っていると述べている。「Nsはやはり、『それ(Fa問題、意見が割れている、判断できないなど)はFaで解決してもらわないと』となり、SWはFa問題の性質やFaの力などを見極め、Fa問題にどう介入するか(若しくはしないか)を検討すると思います。自己決定についても『どうしたいか』はNsも大切にしていますが、問題の整理や多岐にわたる情報提供をした上での自己決定と

同じなのかな？と思う時があります」(SW)では、家族間の葛藤や、自己決定を尊重した問題解決のプロセスに積極的に関わろうとするSWの姿勢を述べていた。

2職種の「見解・判断の相違」を認めつつも、「看護師は病状管理をピンポイントとしてとらえている。患者背景まで深くほりさげての支援が困難。両職種のメリットを合わせ持った支援が理想的ではないか」(SW)、「個々(MSW、Ns)の考え方の違いはもちろんあるが、チームとして共通認識をもって支援にあたるので不都合は生じない」(SW)のように、特に問題として捉えていないSWも認められた。また、「職種が違えば相違があるのは当然。(常に違うのではなく、時に違うこともあるということ。)同職種であっても相違が出ることはよくあること。それは性格や感覚、環境、人間性などいろいろ関係していると思う」(SW)のように、職員個人の相違に集約している記述も見られた。

看護師からも、「医療ニーズがある場合、MSWの場合、在宅という方向性が出しにくい傾向にあると感じている」(Ns)のように、医療知識の有無が、支援目標の設定において相違を生じさせていると述べられていた。

看護師の記述では、「誰の側に立って支援しているか」について意見が分かれていた。ある看護師は「MSWは家族側の意見、Nsは患者側の意見を主として聞く事が多いので、退院支援の計画を立てる際、見解・判断の相違が生じる事がある。相違があっても当然と考えており、それを話し合いや協議の中で方向性のすり合わせをしている」(Ns)と、「看護師は患者本人寄り、SWは家族寄り」という図式を指摘している。別の看護師は「MSWの場合、患者主体で進行していくことが多く、退院調整という点から考えるとゆっくり時間がかかり過ぎている。Nsが行う場合、患者状態を見て、患者・家族と相談し、方向性決めている。ベッドコントロールも視野にいれ

ながら、退院時期を設定し、それにあわせて支援しているのでMSWより短期間で退院支援している」(Ns)と記述し、患者の意向を重視し退院支援に時間を要するSWと、病院機能の遂行とのバランスの中で退院支援を実践する看護師を対比させている。

5. 考察

退院支援の実態について、以下の4点において考察する。『『急性期病棟等退院調整加算1』届出病院の特色』では、「急性期病棟等退院調整加算1」届出病院の傾向を分析し、傾向を生み出した要因について考察する。

『『急性期病棟等退院調整加算1』の『総合部門』の特殊性』では、「急性期病棟等退院調整加算1」届出病院で半数以上を占めた「総合部門」の特色を分析し、特色を生み出した要因について考察する。『『ケース担当制』による2職種の役割分担』では、「ケース担当制」採用の背景と問題点について考察する。『『見解・判断の相違』について』では、2職種の「見解・判断の相違」の内容を分析し、波及する影響について考察する。

①「急性期病棟等退院調整加算1」届出病院の特色

「(3) 所属機関について」の調査結果では、病床数、平均在院日数から、「加算1」届出病院には規模の大きい急性期病院が多く、また、特定機能病院、地域支援病院の大半が「加算1」を届け出ていることから、多数の診療科を持つ病院が多いことが予測できる。

在院日数を維持するためには、治療終了にあわせて患者が次の療養の場に移行する必要がある。この場合の「治療終了」は必ずしも「治癒」を意味していない。治癒とは、「体に負った傷、あるいは病気などが完全に治ることを指す」(国立国語研究所2009:12-13)ものであるが、継続的に医療を取り込みなが

ら生命・健康を維持していく患者も生まれてきた。ところが急性期病院は、入院することではしか実施できない治療や医療管理が終了し、ある程度安定した病状が確認された患者には退院を促し、次の急性期患者のためにベッドをあける役割を担っている。

つまり、急性期病院における退院では、患者にとって、「治癒」を待たずに「治療半ば」の状態では医療ニーズを抱えて退院する状況が起こっていると推測できる。ここに、「治癒」を迎えて退院するという患者側の希望と、「治療終了」にあわせて退院を調整したいと考える病院側の思惑とに乖離が生じることとなる。伊藤は、両者の思惑が乖離している状況について、「急性期医療で行われる『治療』はきわめて限定的なものであり、以後の『療養』や『リハビリ』は次の医療機関に託される。ところが患者・家族は、この療養とリハビリを含めて『治療』の範囲と認識している」（伊藤2006：99）と指摘している。

また、多数の診療科を持つということは、多様性に富んだ病態を持つ退院患者が生まれるということである。そのため多数の診療科を持つ病院では、病態の多様性に対応できる退院支援システムを用意する必要がある。

このように、多様な病態の患者が治療半ばの段階で退院するという状況に対応するためには、病態に詳しく、医療処置の継続や医療管理に関する知識やノウハウを習得した看護師が退院支援システムの中に位置づけられる必要があったと考えられる。また、「転院するようにと言われました時は、胃ろうをいたしており食事ほとんど摂れない状態でしたがどうして退院しなければいけないのか？これ以上この病院にいても、手のほどこしようがないから？」（転院問題を考える会2003：56）という患者や家族の葛藤に対して、病状や予後、医療管理の必要性などの医療情報をわかりやすく伝達でき、患者の生活に医療を取り込む調整役として看護師が求められた結果で

あると推測できる。

以上のように、退院支援システムに医療的な専門性を備える必要が生まれた結果、多数の診療科を持つ急性期病院に看護師の配置が進み、「加算1」の届け出が多くなっていると考えられる。

②「急性期病棟等退院調整加算1」の「総合部門」の特殊性

ここでは、加算・部門別の調査結果から、「加算1」で大半を占める「総合部門」の特殊性について考察する。

「（4）退院支援部門」の調査結果からは、部門設置の平均年代が、他の分類と比較し最も新しくなっていた。職員構成では、看護師の人数がSWを上回っていた。「表4：加算・部門・職種別の専従職員」では、加算の届出状況における2職種間の専従職員割合の差が、他の分類と比較し最も少なくなっていた。

「（2）回答者の属性」の結果から、「表2：加算・部門別の勤務平均年数」では、看護師の勤務年数が非常に長くなっていた。「表3：加算・部門別の退院支援経験平均年数」と比較すると、SWは「退院支援年数」の方が長く、看護師は「勤務年数」の方が長い傾向が最も顕著に見られていた。実務上の管理者では、看護師の「管理者」人数がSWを上回っていた。

つまり、「加算1」の「総合部門」は、近年新設された部門であり、退院支援の経験年数が長く、実質的な担い手であるSWよりも、勤務年数が長い看護師が組織的に優勢であるという点において特徴的である。

本調査の調査票における「総合部門」の定義は、「多職種から構成される独立した総合部門。地域連携室を含む」としている。「加算1」では「加算2」より事務員の配置割合が高いことから、同じ「総合部門」でも、「加算1」の「総合部門」では地域連携機能を抱合していると考えられる。

地域連携とは、経営戦略の一環として紹介

率の向上を目指し、地域の医療機関から患者紹介を受け、受診や入院の予約を行う業務である。「前方連携」とも呼ばれ、病院の「入口」に関する業務を指すことが多い。入院の可否を多職種の合議体で決定することの多い療養病床と異なり、検査・治療を一義的な目的としている一般病院では、病院の「入口」である受診、入院の権限は医師が独占している。一般病院の「出口」である退院に関しては、福祉職であるSWの役割が求められても、「入口」に関する権限は全く付与されていない。つまり、地域連携業務は、『『依存を助長するので敢えて援助しない』』というような専門職らしい判断より、要求には基本的に万難を排してでも応えるという姿勢が尊重される。」(杉山2006:127)というように、ソーシャルワーク支援というよりも、経営的見地に立ちながら、地域の医療機関から医療情報を受け取り、それを自院の医師へ適切に橋渡しできることが望まれる業務である。そして、それに相応しい職員として看護師の配置が重点的に進んだと考えられる。

「加算1」における看護職の配置では、専任職員のうち29.8%、兼任職員のうち41.9%と、専任配置の割合が低く、兼任配置の割合が高くなっている。2006年度診療報酬改定における「7対1入院基本料」の新設により、病院では看護師不足が生まれ、専任の退院調整看護師を病棟や別部門に配置することが難しくなり、「地域連携室」で地域連携業務と退院調整業務を兼務する看護師の配置が進んだと考えられる。

病院の看護師の中から、退院調整看護師に任命されるのは、「在宅の経験」の有無が一つの指針となっている。保健師として地域で保健指導を行ってきた、訪問看護師としての経験があるなど、地域ケアや在宅療養に関わった経験者が選ばれる傾向にある。これらの経験を有するということは、自院での勤務年数がそれなりに長い看護師であると推測できる。

では、看護師と事務員とで構成されるはずの「地域連携室」に、SWが統括されたのはどのような理由が考えられるだろうか。

地域連携機能には、前方連携の他に、患者を紹介元の医療機関へ再び紹介する「逆紹介」と呼ばれる機能も含まれており、地域から患者を紹介されて再び地域へ帰すという一連の流れがある。この一連の流れは総称して「病診連携」「病病連携」と呼ばれている。この「患者を地域に帰す」という「病病連携」の中に、従来「SW部門」が行っていた相談業務の中の一領域である退院支援（特に転院に関する相談）が包括されたと推測できる。また杉山が、SWが地域連携室に配属される理由を『『営業』的色彩』(杉山2006:127)と述べているように、相談業務の中で地域の関係機関と面識のあったSWが、事務員の代替えとして営業や事務業務を期待されたことも考えられる。その結果、「連携室に所属している職員は、各医療機関によって若干異なるが、主たるところは、医療ソーシャルワーカー、看護師、事務職員など」(上山崎2010:73)という、「総合部門」の状況が生まれたのであろう。そして退院調整加算の施設基準を届け出る際には、退院支援経験年数と、業務に従事する時間の制限から、専従の要件を満たす職種が看護師よりもSWだったと考えられる。

管理職種に関しては、一部門にSWと看護師が配置された場合には、職種が持つ病院組織上のパワーの関係から、一般的には権力的に看護師がSWの上位に立つことが予測される。それは、病院におけるSWと看護のもつパワーを比較した場合、専門性のレベルにおいても、患者への接触頻度においても、看護の優位性が示されているためである(中島2009:144)。加えて、SWよりも自院での勤務年数が長いベテランの看護師であれば、より管理者として任命されるプライオリティが高くなるだろう。そのため、部門内の人数は2職種で大きな差がなく、むしろ専任職員では

看護よりSWが多くを占めていても、部門の管理者は勤務経験の長い看護職が任命されるという状況を生み出していると考えられる。

このように「総合部門」は、診療報酬改定による「地域医療連携室」設立から始まり、伝統的に相談業務の一環として退院支援を行ってきたSWが所属する「SW部門」との組織編成を経た結果、設置年度が新しいという特色を持っていると考えられる。そしてその管理者は、退院支援経験年数が長いSWではなく、病院の中で医療職としてプライオリティが高く、勤務年数の長い看護師が占めていると推測できる。この、2職種間に起きている「ねじれ現象」からは、上山崎が、「たとえば、医療ソーシャルワーカーと看護師が主として配置されており、医療ソーシャルワーカーの人数が看護師より相当数多い場合は、より福祉的視点での業務展開になるであろうし、医療ソーシャルワーカーの人数が看護師より多くても、その部門の長が看護師であったり、看護師の役職やキャリアが数的には多数を占める医療ソーシャルワーカーよりも上であるならば、看護師の意向が強くもたらされることは、容易に想像の出来るところである。」(上山崎2010:73-74)と述べるような、組織的要因を孕んだコンフリクトの存在が予測される。

③「ケース担当制」による2職種の役割分担

「(6) 退院支援システムについて」の調査結果では、対象患者をピックアップするために用いている方法の組合せ平均数が、「加算2」では「3.27」項目であったが、「加算1」では「3.71」項目と上回り、複数の方法を活用していることが明らかになった。「加算1」には複数の診療科を持つ規模の大きい急性期病院が多く、頻繁に入れ替わる入院患者の中から対象者を発見するためには、多様な方法を駆使する必要があったと推測できる。

「②その後の退院支援の流れ」の記述では、加算種別、職種別に大きな違いは見られず、

SWの記述を退院調整看護師と読み変えることも可能であった。これは、どのような病院でどちらの職種が退院支援を行っても、退院支援の一連の流れには、共通した一定の「手順」があるということを意味している。そして、「加算1」の25名の担当者が「ケース担当制」を採用し、17名が「問題領域による役割分担」を行っていると回答したことから明らかのように、2職種が配置された場合は、一定のルールにより患者を振り分け、各担当者はこの一連の「手順」を踏むことにより担当患者に退院支援を提供していると推測できる。

「ケース担当制」の基本的法則は、『『医療ニーズ』への対応は看護師が行う』と考えられる。看護師の限局された役割に対して、ソーシャルワーカーは「看護師の役割以外」を担っていると考えられる。つまり「ケース担当制」とは、患者が持つ様々な問題の中から、「医療」という特定の問題だけを取り出し、問題の程度に応じ担当するにふさわしい職種を決定するという方式である。

この「ケース担当制」が採用された背景には、2職種が持つ「専門性」と「苦手」領域の問題が考えられる。「①専門性が発揮される側面」「②苦手と感じる側面」の調査結果からは、SWの「専門性」である「社会資源・制度」は、看護師にとって「苦手」領域であり、看護師の「専門性」である「医療」は、SWにとって「苦手」領域となっていた。以上の2職種の専門性と苦手を一覧にしたものが「表5」である。(表5)

表5：専門性・苦手領域の分類

	ソーシャルワーカー	看護師
専門性	社会生活・家族 社会資源・制度 ネットワーク・連携・調整 面接 自己決定 困難事例	医療 自己決定
苦手	医療 困難事例 役割期待 ニーズと資源のマッチング	社会資源・制度

これまで医療の専門職の中で相談業務を行い、少なからず「医療」の知識を獲得してきたSWに対し、新しく退院支援に加わってきた看護師にとっては、例えば在宅療養のノウハウを持ち合わせていても、広い社会保障制度全般に精通することは困難な作業だったと推測できる。そのため、退院支援の対象者の中から、「専門性」である「医療」に関連する患者群を抽出して担当する「ケース担当制」が採用されたと考えられる。

また、現場実践の中で「医療」の知識を獲得してきたSWであるが、病院の在院日数短縮化により医療ニーズを継続しながら自宅退院する患者が増える中で、患者が安全に医療処置や医療管理を継続できる環境を整えることには、医療職、特に看護師の強いサポートが必要になってきたと推測できる。「③ 1職種による退院支援と、2職種による退院支援の相違」の調査結果からは、多くのSWが、「お互いの専門性において苦手とを感じる側面を補いながらの支援が可能となる」と、2職種による「相補性」を認めていることから明らかなように、医療依存度の高い患者の退院支援を看護師が「ケース担当制」により分担することは、SWにとっても「苦手」領域に対する「相補性」が働いていると考えられる。

このように「ケース担当制」は、1人の人間が抱える問題を「これは医療に寄っている」「これは医療に寄っていない、むしろ心理社会的問題に寄っている」と分類する方法だが、医療的問題があるかないか、どの程度の医療的問題なのかの線引きには限りがない。そのため、「ケース担当制」の具体的運用方法に、「医療系の在宅サービスを導入する時には看護師」、「医療依存度が高く、何らかの医療処置を継続する場合は看護師」、「自宅退院は看護師、転院・施設入所はSW」などのバリエーションが生まれていると推測できる。

そもそも問題は、「医療」か「心理社会的」

という一本の軸に存在しているものだろうか。

「加算1」のSWからは、もう一方の専門性が提供されない問題と、それに気づいていながら解消されないジレンマが報告されていたように、高い医療依存度を抱えて退院する患者こそ、「心理社会的」問題も高くなることが充分予測できる。

このように、「ケース担当制」では、どちらか1職種が担当することにより、もう一方の職種が持つ「専門性」が不足する状況が生まれる。つまり、2職種の立場から見ると、「苦手」領域をもう一方の職種に任せられるという「相補性」が働くが、患者の立場から見ると、問題の特定部分だけしか手当てされないという問題点を持っている。

そこで2職種は、「SWやNsの考えを擦り合せてEnt計画を立てている」「ケースを担当1人が抱え込むのではなく相談や支援記録は共有しそれぞれの職種の立場で支援の方向性を検討している」など、2職種がなんらかの方法で1人の患者に関わるために工夫している。しかしながら、記述からは、「考えを擦り合せて」「相談や支援記録は共有」とはどのような状況を意味しているのか、コンサルテーションの実態は明らかにされていない。そのため、これら2職種の工夫により、患者にとって2つの専門性の「相補性」が担保されているか否かについては疑問が残る。

④「見解・判断の相違」について

職種を問わず、多くの担当者は、「相違がある」と回答していた。2職種の「見解・判断の相違」は、対立した概念による3つの分類が想定される。一つは「どこに軸を置いているのか」、二つには「何を重視しているのか」、三つには「誰の側に立っているのか」である。

「どこに軸を置いているのか」は、職種を問わず多くの回答者が述べていた点で、看護師は「医療（治療）」に、SWは「社会生活」

に軸を置いていると考えられていた。

看護師は、身体、疾病を中心に据えながら、精神的、社会的、生活的な視野へ拡大して人間を捉えようとする視点を持っている。対して、SW にとっては、クライアントの健康状態はアセスメント項目の一構成要素である。疾病を含め、クライアントに関連するシステム全体の問題構造を捉えようとする視点を持っている。つまり、看護師が「医療（治療）」、SW が「社会生活」から事象を見る視点は、2 職種が持つフレームワークの差異そのものであると考えられる。

「何を重視しているのか」は、主に SW から述べられた記述で、看護師は「リスクマネジメント」を、SW は「自己決定」を重視していると考えられていた。

「自己決定」は、「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」にも、「ソーシャルワーカーは利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する」（日本医療社会事業協会2007：6）と定められており、SW の実践の重要な価値の一つである。「リスクマネジメント」とは、「院内感染、医療事故などのさまざまなリスクに対する管理策」（岡部2009：519）であり、医療従事者がリスク発生を回避するよう予防に重点を置く概念である。SW のリスクマネジメントについて、大本は、「わが国では、『ソーシャルワーカーが質の低いサービスを提供することは利用者に不利益を与えることになる』という視点で論じられた文献を目にする機会はまだあまりない」（大本2004：123）と、リスクマネジメントの認識が他国に比べて高くない状況について指摘しているように、SW よりも看護師の方が、「リスクマネジメント」に対する認識を強く持っているという特性が推察できる。

「ケース担当制」により、医療依存度の高い患者の退院支援は看護師が担当する可能性が高い。「安全な療養環境」の提供という

「リスクマネジメント」を患者が希望しなければ、「リスクマネジメント」と「患者の意向」と、どちらを優先すべきかの問題をはらむことが予測できる。患者の健康を守ろうとする看護師の価値観が前面に出た場合、SW の中で価値観のコンフリクトが生じていることが考えられる。

「誰の側に立っているのか」は、主に看護師から述べられた記述で、担当者は「患者－家族－病院の機能」のいずれかの利益を優先的に考えていると指摘されていた。

看護師の役割は、保健師助産師看護師法第5条において、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話」（看護行政研究会2011：3）と定められている。患者本人へのケアが一義的な役割であるため、患者の利益を最も優先すると推測できる。対してSW も「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」において、「利用者の利益の最優先」（日本医療社会事業協会2007：2）が定められているが、SW の支援対象者である「クライアント」の解釈には、病院と診療契約を結んだ「患者」という一義的な意味のほか、「SW と援助関係にある者」という意味も含まれている（日本医療社会事業協会2007：15）。また、「患者」と「家族」をシステムとして考えているため（黒木2004：6-7）、システム内のバランスを調整する支援が、看護師から見た時に「家族寄り」に映ると推測できる。

SW は、「②苦手とを感じる側面」の調査結果では、「苦手」領域において「役割期待」をあげており、急性期病院の機能に応じた退院支援を行うことにプレッシャーを感じている者も見られた。看護師は医療のヒエラルキーに長く身を置いてきた職種のため、トップダウンのオーダーにコミットメントする性質を持っていると推測できる。また、「④実務上の管理者」の調査結果から、退院調整看護師は部門の管理者の役割を担うことが多いと明らかになったが、管理者の立場から在院日数

短縮やベッドコントロールへの責務も負うことになる。「看護師は患者・病院寄り、SWは患者・家族寄り」の構図は、病院機能遂行の責務を担う立場にある看護師からSWへ対するアンチテーゼとも考えられる。

このように、「誰の側に立っているのか」の記述から、退院支援では、対象者である「患者本人」、患者を取り巻く「家族」、さらには「病院」という三者の意向が存在していることがわかる。いずれの意向を優先させることが正しいのかという問題ではなく、複数の人物や機関の思惑と利害を調整することが退院支援担当者に求められているということである。そして、これらの調整には公式は存在せず、アセスメントとモニタリングにより都度修正しながら支援が進められていくため、不確実性が高まり、担当者が葛藤を抱き易いという特性を生み出していると考えられる。

同様に、「医療（治療）」と「社会生活」、「リスクマネジメント」と「自己決定」も、どちらか一方を選択するものではなく、いずれも重要な概念である。すなわち、いずれの職種のフレームワークも退院支援においては必要とされている。2職種が異なるフレームワークを持ち、異なる視点や価値観で関わりを持つことで、2職種配置の意味が生まれるのであり、「見解・判断の相違」自体が問題になるのではない。「見解・判断の相違」から2職種間に衝突・対立が生じ、その調整が図れないことによりクライアントの不利益が生じた場合に問題が起きると考えられる。

調査結果からは、SWは看護師に対して、家族内の意向の調整に関わらないこと、インフォーマルな社会資源の視点が不足していること、リスクマネジメントを重視し自宅退院を選択しない場合があることなど、問題に対する認識とアプローチの相違、利用する社会資源の相違、選択する療養の場の相違を指摘していた。看護師からSWに対しては、医療ニーズがある場合に自宅退院を選択し難い

と、SWの記述と相反する意見が述べられていた。これらの記述から、担当する職種が異なることにより、アセスメントと支援計画、支援結果の差異が実際に生じていることが明らかになった。

どちらの職種が担当しても同じ支援結果が生まれなければ、患者の利益が担保されているとは言い難い。このような支援結果の相違を2職種が認識しながら調整できていないとすれば、2職種間にはフレームワークによるコンフリクトが存在していることが考えられるだろう。

6. 結論と課題

本研究では、3つのコンフリクトの存在が示唆された。

一つには、調整に伴うコンフリクトである。退院支援は複数の意向と概念が錯綜し調整を要する業務であり、個々の退院支援担当者は調整に伴うコンフリクトを抱き易いと考えられた。

二つには、専門職種間フレームワークコンフリクトである。「急性期病棟等退院調整加算1」届出病院には大規模で多数の診療科を持つ病院が多く、退院支援部門で半数以上を占める「総合部門」では、看護師が管理職を務める地域連携室に、長く退院支援に従事してきたSWが統合されている場合が多いことが明らかとなった。部門内では「ケース担当制」が採用され、専門職フレームワークの相補性を担保するシステムが作られていた。しかしながら、「ケース担当制」では、退院支援担当者間の相補性は図られていても、患者にとっては問題の特定部分にしか支援が提供されない危険性を孕んでいることが示唆された。その理由は、2職種間で積極的なコンサルテーションを行っている実態が確認できず、他方で担当職種により支援目標や支援結果に相違を生じさせている事実が確認された

ためである。したがって、2職種間には、専門職のフレームワークの差異から生じる専門職種間フレームワークコンフリクトが存在していると考えられた。

三つには、組織的なコンフリクトである。退院支援経験年数は短い、組織からは管理権限を与えられている看護師と、退院支援経験年数が長くても職位が低いSWの間には、退院支援経験年数と組織上の権限に関する「ねじれ現象」が起きていた。この「ねじれ現象」により生じる組織的なコンフリクトが、2職種が実践する退院支援に影響を与えると考えられた。

退院支援は、一業務を2職種が行うという病院組織では稀に見る業務である。2職種の効果的な協働・役割分担の方法を見出すためには、今後はコンフリクト克服モデルの提示が必要になるだろう。

2012年度の診療報酬改定により加算の名称・内容と施設基準が改定された。新設された「退院調整加算」では、退院支援部門に看護師と社会福祉士の2職種配置が必須要件となった。配置職種数による加算の差別化は廃止され、在院日数に応じ加算点数が増減するように設定された。更なる在院日数短縮化に向け、2職種にはより有効な退院支援システム構築が求められている。今後の調査研究では、新しい体制下における退院支援の実態調査とコンフリクトの要因分析が望まれる。

注釈

- 1) 専従として届け出るためには、「退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する」ことと、「週30時間以上退院調整に係る業務に従事している」必要がある。他部門・他業務と兼務という勤務形態や、退院支援経験が2年未満の場合には、専任としての届出になる。
- 2) ゴシック体の記述は、アンケートに記述された文章を転記したものである。

引用文献

- 伊藤正子 (2006) 「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」『現代福祉研究』(6), 81-101.
- 上山崎悦代 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察－期待される役割と葛藤の検証－」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6, 67-81.
- 看護行政研究会 (2011) 『看護六法』新日本法規出版.
- 国立国語研究所「病院の言葉」委員会 (2009) 『病院の言葉を分かりやすく：工夫の提案』勁草書房.
- 黒木保博・山辺朗子・倉石哲也編著 (2004) 『福祉キーワードシリーズ ソーシャルワーク』中央法規.
- 松下正明監修 (2008) 『チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド』中央法規出版.
- 中島明彦 (2009) 『ヘルスケア・マネジメント 医療福祉経営の基本的視座』同友館.
- 日本医療社会事業協会 (2007) 『医療ソーシャルワーカー倫理綱領』日本医療社会事業協会.
- 岡部学 (2009) 『カタカナ新語辞典』学研教育出版.
- 大本和子 (2004) 『保健医療ソーシャルワーク実践 第2章第2節3』中央法規.『診療点数早見表2010年4月版(医科)』(2010) 医学通信社.
- 杉山明伸 (2006) 「医療ソーシャルワーク実践論－学生を専門職へ養成するために－」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』第8号, 125-138.
- 田中千枝子 (2008) 『保健医療ソーシャルワーク論』草頸書房.
- 転院問題を考える会 (2003) 「第2回 転院調査報告書 MSWによる患者・家族に対するアンケート調査から」転院問題を考える会.
- 宇都宮宏子編 (2011) 「これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」日本看護協会出版社.